

Vincenzo De Sanctis

**SEGNI E SINTOMI
IN MEDICINA
DELLA ADOLESCENZA**

Vincenzo De Sanctis

**SEGNI E SINTOMI
IN MEDICINA
DELLA ADOLESCENZA**

© Copyright 2011 Edizioni Scripta Manent s.n.c.
Via Bassini, 41 - 20133 Milano
Tel. 0270608060 / 0270608091 - Fax 0270606917
e-mail: scriman@tin.it

Progetto grafico e impaginazione
Stefania Cacciaglia

Tutti i diritti riservati.

È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore.

NOTE BIOGRAFICHE



Vincenzo De Sanctis è nato ad Orta Nova (Foggia) 66 anni fa. È specialista in Pediatria ed Endocrinologia. Dal 1995 è Direttore della Divisione Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara. Nel 1984 è stato Fellow Research presso il Department of Haematology del Whittington Hospital di Londra

ed il Department of Endocrinology, Obstetrics and Gynaecology della University College Hospital di Londra. Negli anni successivi ha frequentato il Department of Andrology del Karolinska Hospital di Stoccolma e l'Adolescent Unit del Middlesex Hospital di Londra.

Dal 1986 al 2011 è stato Professore a contratto presso le Scuole di Specializzazione di Pediatria, Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Chirurgia Pediatrica della Università degli Studi di Ferrara.

È stato Presidente della Società Italiana per lo Studio delle Talassemie ed Emoglobinopatie (SO.S.T.E. attualmente S.I.T.E.) e Coordinatore della Mediterranean and Middle East Action Group on Adolescent Medicine (M.A.G.A.M.).

Dal 2002 al 2005 è stato Presidente della Società Italiana di Medicina della Adolescenza (SIMA), dal 2011 Coordinatore della International Endocrine Complications Network in Thalassaemia (I-CET) e del Gruppo di Studio di Adolescentologia Emilia-Romagna (SGA-ER).

Attualmente continua a svolgere l'attività di Specialista in Pediatria ed Endocrinologia presso l'Ospedale Privato Accreditato Quisisana di Ferrara. Ha pubblicato 300 lavori scientifici su Riviste Italiane ed Internazionali. Tra le sue pubblicazioni: *Curare gli adolescenti* (con C. Vullo, NIS – Roma, 1992); *Growth in thalassaemia* (con B. Wonke, Mediprint – Roma, 1994); *Manual of disease-specific growth charts and body standard measurements* (con A. Pinamonti, Pacini Ed. – Pisa, 1997); *Problemi ambulatoriali in medicina dell'Adolescenza* (Pacini Ed. – Pisa, 1998); *Growth and Endocrine complications in thalassaemia* (con B. Wonke, Mediprint – Roma, 1998); *Andrologia Endocrinologica dell'età evolutiva* (con S. Bertelloni, Mediprint – Roma, 2000); *Manual of growth charts and body standard measurements* (Pacini Ed. – Pisa, 2001); *Manuale di Adolescentologia* (Pacini Ed. – Pisa, 2002).

Dal 2003 è Editore in Chief della Rivista Italiana di Medicina della Adolescenza (R.I.M.A.) pubblicata da Scripta Manent di Milano.

Acne 1

Alcol e abuso di droghe (reazioni acute) 4

Alitosi 8

Amenorrea primaria e secondaria 10

Anoressia 15

Astenia acuta, persistente e cronica 20

Bassa statura 23

Cefalea ed emicrania 28

Ciclo mestruale "in eccesso" 33

Coxalgia 36

Crescita psicosociale 38

Depressione 40

Dismenorrea 43

Disturbi del comportamento alimentare (in eccesso) 46

Disuria e pollachiuria 49

Dolore pelvico acuto, ciclico, cronico 51

Dolore toracico 54

Dolori addominali acuti 57

Eccesso staturale 60

Galattorrea 63

Ginecomastia 66

Gonalgia 68

Gozzo acquisito 73

Iperidrosi 78

Iperensione arteriosa 80

Irsutismo, ipertricosi e virilizzazione 83

Macchie caffè-latte 88

Mammella (anomalie congenite, morfologiche, secrezione mammaria) 91

Mammella e secrezione areolare 93

Menarca 95

Nodulo mammario 98

Obesità 101

Oligomenorrea (ciclo mestruale "in difetto") 112

Pallore e anemia 115

Perdite vaginali 122

Pubertà 125

Pubertà anticipata 128

Pubertà ritardata 133

Rachialgia 138

Scroto acuto 140

Sincope 143

Smagliature o strie distensae 147

Varicocele 149

Vulva (patologie non neoplastiche) 152

Appendice 158

Indice analitico 185

DOSAGGIO FARMACI

NOTA BENE

L'Autore e l'Editore di questo volume hanno posto ogni attenzione per garantire l'accuratezza dei dosaggi dei farmaci citati ed il loro accordo con gli standard generalmente accettati al momento della pubblicazione.

Essi non possono essere ritenuti responsabili di eventuali errori od omissioni o degli effetti ottenuti dall'applicazione di tali informazioni.

I Lettori, pertanto, sono pregati di consultare il prontuario farmaceutico e la scheda tecnica dei vari farmaci prima della prescrizione terapeutica.

È una patologia del complesso pilo-sebaceo. Colpisce l'85% degli adolescenti, tra i 12 e 14 anni di età.

EZIOPATOGENESI

L'acne volgare ha una origine multifattoriale. È caratterizzata da una alterazione della cheratinizzazione follicolare, aumentata produzione di sebo con ostruzione della unità pilo-sebacea, proliferazione del *Propionibacterium acnes* e da processi di tipo infiammatorio (Figura 1). La prima lesione evidente, dal punto di vista clinico, è il microcomedone che poi evolve in lesioni più estese non infiammatorie definite comedoni. Tali lesioni possono essere aperte (punti neri) o chiuse (punti bianchi). La rottura di un comedone può condurre allo sviluppo di varie lesioni di tipo infiammatorio. Se il processo è superficiale, si verifica la formazione di una pustola, se profonda si forma il nodulo (cisti).



Figura 1 – Patogenesi dell'acne:

1) ipercheratosi del dotto escretorio della ghiandola sebacea e dell'infundibolo follicolare; l'ipercheratosi è indotta dal sebo la cui quantità e composizione vengono regolate, nell'acne-androgenetica, dagli ormoni; 2) formazione del comedone; 3) congestione del sebo, cessione di acidi grassi liberi per effetto delle esterasi del *Corynebacterium acnes*; 4) diffusione degli acidi grassi liberi nei tessuti circostanti con infiammazione perifocale ed eventuale infezione secondaria.

(Da: Di Renzo GC e coll. Guida al razionale terapeutico della policistosi ovarica. Verduci Ed. Roma 2004, con autorizzazione)

CLINICA

Le manifestazioni cliniche (Tabella 1) sono presenti in particolare sul viso, sulla parete superiore del torace e sulla schiena. In queste zone la cute produce una eccessiva quantità di sebo a seguito dell'aumento degli androgeni circolanti. Sono stati proposti molti schemi per definire la gravità dell'acne. La Tabella 2 riporta uno score di valutazione clinica che prende in considerazione 4 tipi di gravità delle lesioni acneiche.

Bisognerà pensare ad un iperandrogenismo se l'acne si associa a:

- oligomenorrea, amenorrea
- irsutismo
- alopecia
- clitoridomegalia
- scarsa risposta alla terapia antiacne.

La causa più comune di eccesso di androgeni è la sindrome dell'ovaio policistico.

DECORSO E PROGNOSI

Il decorso dell'acne è molto variabile. Nelle fem-

Tabella 1 – Tipi di lesione associate all'acne.

Non infiammatorie

1. micromedone
2. comedone chiuso (punto bianco)
3. comedone aperto (punto nero)

Infiammatorie

1. papule
2. pustole
3. cisti
4. noduli

Sequela

1. dispigmentazione (iper o ipopigmentazione)
2. esiti cicatriziali

Tabella 2 – Criteri di valutazione per la stadiazione di gravità dell'acne.

Manifestazioni cliniche	Acne lieve	Acne moderata	Acne grave	Acne molto grave
comedoni	+	++	++	+++
papule	+	++	+++	+++
pustole	-	++	+++	+++
noduli	-	+	++	++
cicatrici	-	-	+	++

**Figura 2 – Acne papulo-pustolosa in una giovane donna.**

(Da: Di Renzo GC e coll. Guida al razionale terapeutico della policistosi ovarica. Verduci Ed. Roma 2004, con autorizzazione)

mine è tipico il peggioramento prima delle mestruazioni.

La prognosi è favorevole nella maggior parte dei casi, con risoluzione completa entro i 20 anni di età.

ACNE “FULMINANS”

L'acne conglobata ulcerativa febbrile o “acne fulminans” è una patologia dermatologica ad eziologia ancora sconosciuta che colpisce prevalentemente gli adolescenti maschi.

L'esordio è improvviso con coinvolgimento del dorso, torace e volto.

Le lesioni nodulo-cistiche, dolenti, rapidamente evolvono in placche e noduli emorragici.

I sintomi di accompagnamento possono essere febbre, dolore articolare e muscolare, epatosplenomegalia.

Le lesioni guariscono lentamente e sempre con esiti cicatriziali.

Gli esami di laboratorio possono evidenziare una leucocitosi neutrofila, aumento degli indici di flogosi (VES, PCR), aumento delle transaminasi.

La terapia consiste nell'uso di antibiotici a largo spettro e corticosteroidi.

TERAPIA DELL'ACNE

L'acne non infiammatoria e quella infiammatoria superficiale possono essere trattate con l'applicazione locale di acido retinoico o adapalene.

Nell'acne papulo-pustolosa (Figura 2) possono essere impiegati il benzoilperossido ed un antibiotico locale (ad es. clindamicina 1% o eritromicina 3%). In caso di mancato beneficio si potrà optare per un trattamento sistemico con minociclina.

Per le forme infiammatorie profonde, oltre ai trattamenti locali si dovranno adottare medicinali sistemici (antibiotici, acido 13 cis-retinoico, estroprogestinico). Quest'ultimo trattamento (estroprogestinico) dovrà essere effettuato in collaborazione con il dermatologo e il pediatra endocrinologo.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

DRENO B. *Topical antibacterial therapy for acne vulgaris*. *Drugs* 2004; 64: 2389

MANCINI AJ. *L'inquadramento diagnostico e la cura dell'acne giovanile*. *Doctor Pediatria* 2002; 4: 18

MENNI S. *L'adolescente e l'acne*. In: *Dermatologia in età evolutiva*. G. Saggese Ed. Pacini Editore, Ospedaletto (Pisa) 1999, pag. 89

SHALITA AR. *Acne: clinical presentations*. *Clin Dermatol* 2004; 22: 385

**È IMPORTANTE RICORDARE CHE:**

- ✓ l'acne ha un'origine multifattoriale
- ✓ i principali fattori coinvolti nella patogenesi sono: l'ipersecrezione sebacea, la ritenzione follicolare del sebo, l'inquinamento microbico dei follicoli e la risposta immunitaria dell'ospite
- ✓ il *Propionibacterium acnes* è un batterio, anaerobio, in grado di produrre un fattore chemiotattico per i polimorfonucleati ed un enzima litico (lipasi) capace di idrolizzare i trigliceridi del sebo in acidi grassi liberi, dotati di elevata azione irritante e spiccato potere comedonico
- ✓ le lesioni acneiche si possono dividere in 4 tipi: comedoni chiusi e aperti, papule, pustole e lesioni nodulocistiche che possono comparire in modo isolato o in associazione
- ✓ gli scopi della terapia sono il miglioramento delle manifestazioni acneiche e la prevenzione della cicatrizzazione
- ✓ l'acido 13 *cis*-retinoico viene prescritto nelle forme gravi di acne cistica. Deve essere usato in casi selezionati e sotto stretta sorveglianza per i potenziali effetti avversi e le proprietà teratogene.